

ご入会を希望される方は下記にご記入の上、FAX で申し込みください

# FAX : 093-562-1155

NPO 法人ケアマネット 21 事務局宛

## NPO 法人ケアマネット 21 入会申込書

ふりがな		性別	生年月日		
氏名		男・女	年 月 日		
住所	〒				
自宅 連絡先	TEL		FAX		携帯
	間違いやすいアルファベット、記号にはワカチを付けてください				
E-mail					
勤務先 名称					
勤務先 住所	〒				
勤務 連絡先	TEL		FAX		携帯
	間違いやすいアルファベット、記号にはワカチを付けてください				
E-mail					
職 種	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> グループホーム職員 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> その他 ( )				
研修等 のお知らせ 方法	<input type="checkbox"/> 自宅 FAX <input type="checkbox"/> 勤務先 FAX を希望します *FAX は夜間に送付することがあります。				
	<input type="checkbox"/> 自宅 E-mail <input type="checkbox"/> 勤務先 E-mail <input type="checkbox"/> 携帯 E-mail ( <input type="checkbox"/> 研修案内と申込書添付を希望 <input type="checkbox"/> 本文のみ希望、添付資料は不要 ) *案内申込資料は NPO 法人ケアマネット 21 のホームページからダウンロード出来ます				
入会金の 振込先	● 他金融機関から振込の場合		● ゆうちょ銀行から振込の場合		
	株式会社ゆうちょ銀行 店名 七四八 (ナナヨンハチ) 店番 748 普通預金 口座番号 5261080		名前 トビ ケアマネット21 ユウイチ 記号 17480 番号 52610801		
事務局 からの 連絡事項	*入会申込後に、入会金 1,000 円及び年会費 2,000 円の合計 3,000 円を上記銀行口座へ振込下さい。 *入会金振込時は振込者の個人名を記載して下さい。 *会員登録は入金日をもって会員に登録させていただきます。 *本申込用紙は FAX 送信が済んだ後も大切に保管して下さい。				

通信欄

事務局記入 受付確認

年 月 日 確認